

KARTA BENEFICJENTA POLSKIEGO TOWARZYSTWA WALKI Z MUKOWISCYDOZĄ

A. DANE DOTYCZĄCE OSOBY CHOREJ (prosimy o uzupełnienie wszystkich pól)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zameldowania

Adres korespondencyjny

Telefony kontaktowe

E-mail

Adres strony www

Imię i nazwisko matki

Imię i nazwisko ojca

Czy któryś z rodziców ma odebrane/ograniczone prawa rodzicielskie NIE/ TAK*, który?.....

*Jeśli tak to prosimy załączyć dokumentację potwierdzającą odebranie praw rodzicielskich

(Załączono następujące dokumenty:)

Czy osoba chora jest ubezwłasnowolniona NIE/ TAK**

**Jeśli tak to prosimy załączyć dokumentację potwierdzającą ubezwłasnowolnienie

(Załączono następujące dokumenty:)

Czy osoba chora jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK***

*** Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO UZYSKIWANIA INFORMACJI I SKŁADANIA WNIOSKÓW W IMIENIU OSOBY CHOREJ

Prosimy o uzupełnienie danych co najmniej jednej osoby. W przypadku niepełnoletnich chorych należy wpisać dane rodziców lub opiekunów prawnych. W przypadku chorych pełnoletnich należy wskazać dowolną osobę.

OSOBA I

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zameldowania

Adres korespondencyjny

Telefony kontaktowe

E-mail

Czy osoba upoważniona jest spokrewniona z osobą chorą? NIE/TAK****

**** Jeśli tak, to prosimy określić stopień pokrewieństwa:

Czy osoba upoważniona jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK*****

***** Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

OSOBA II

Imię i nazwisko
Data urodzenia
PESEL
Adres zameldowania
Adres korespondencyjny
Telefony kontaktowe
E-mail

Czy osoba upoważniona jest spokrewniona z osobą chorą? NIE/TAK****
**** Jeśli tak, to prosimy określić stopień pokrewieństwa:

Czy osoba upoważniona jest/chce być członkiem Towarzystwa? NIE/TAK*****
***** Prosimy załączyć wypełnioną deklarację członkowską (jeśli nie była dotychczas dostarczona)

C. DANE DO KONTAKTU ELEKTRONICZNEGO/TELEFONICZNEGO

Prosimy o podanie danych, poprzez które będzie kierowana całość korespondencji elektronicznej dotyczącej działań pomocowych Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą.

E-mail (podać jeden, główny adres):

Telefon kontaktowy (podać jeden, główny numer, najlepiej komórkowy):.....

Numer rachunku bankowego (dla posiadaczy subkont):
.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą moich danych osobowych, w celach wynikających z jego działalności statutowej określonych szczegółowo w Statucie PTWM

.....

(data i czytelny podpis)

.....
Czytelny podpis beneficjenta¹

.....
Czytelne podpisy osób upoważnionych²

.....
Miejscowość i data

¹ Podpis osoby chorej pełnoletniej lub rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego chorego

² Podpisy wszystkich osób upoważnionych, wymienionych w części B

D. KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 RODO, tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawach swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą jest w posiadaniu Pani/Pana danych osobowych w związku z realizacją zadań statutowych Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą, na podstawie art. 6 ust 1 lit a), b), c) oraz f) RODO, a ponadto:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą z siedzibą przy ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka-Zdrój;
2. z Polskim Towarzystwem Walki z Mukowiscydozą w zakresie danych osobowych można skontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@ptwm.org.pl lub pocztą na adres siedziby Towarzystwa;
3. dane, o których mowa w ust. 1 udostępnione zostały nam przez Panią/Pana dobrowolnie przy okazji przystępowania do Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą, przetwarzane będą w celu prawidłowej realizacji celów i zadań statutowych PTWM, a także celem zapewnienia Panu/Pani możliwości skorzystania z pełni praw przysługujących beneficjentom i członkom Towarzystwa i wywiązania się ze spoczywających na nich obowiązków. Dane te są niezbędne do pełnoprawnego funkcjonowania Pani/Pana jako członka/beneficjenta/opiekuna prawnego beneficjenta PTWM;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione innym podmiotom na podstawie przepisów prawa państwowego;
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane również przez podmioty, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy prawa;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres Pani/Pana członkostwa w PTWM oraz przez wymagany w świetle obowiązującego prawa okres po jej wygaśnięciu, w celu archiwizowania danych lub dochodzenia roszczeń.

Jednocześnie informuję, iż ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu w zakresie otrzymywania korespondencji i informacji dotyczących życia i pracy Towarzystwa. W tym celu proszę o przesłanie takiej informacji na adres e-mail: iod@ptwm.org.pl lub pocztą na adres siedziby Towarzystwa.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego

.....

(data i czytelny podpis)